Rok XLVIII. Kraków, dnia 25. września 1909. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Pozapłciowe zakażenie kiłą.

Napisał

Dr Jan Papée.

Zakażenie kiłowe, w którem zmiana pierwotna powstaje w częściach ustroju, poza granicami narządów płciowych, należy do zjawisk z dawna znanych, acz niewątpliwie rzadkich. Ze względu na to umiejscowienie wrzodu pierwotnego, nazwano też grupę zakażeń w ten sposób powstałych, kiłą pozapłciową; niektórzy zaś, nadając temu pojęciu szersze znaczenie, nazywają przypadki kiły, tą drogą nabyte, *lues insontium*, w przeciwstawieniu do przypadków nabytych za pośrednictwem spółkowania. Pozostawiając bez odpowiedzi pytanie, czy ta ostatnia kategorya słusznie — ze stanowiska lekarskiego — zasługuje na nazwę kiły »winnych«, zaznaczyć trzeba, że nie wszystkie zakażenia, w których zmiana pierwotna umiejscowioną jest poza częściami płciowemi, zaliczyć można do *lues insontium*, w przypadkowem znaczeniu tego pojęcia. Podania chorych w tym kierunku przyjmować należy »cum grano salis«, a mieć trzeba na pamięci, w takich przypadkach, zaspokajanie popędu płciowego w sposób przewrotny. Z drugiej strony niektóre zakażenia, nabyte w drodze spółkowania, kwalifikują się mimo to do zaliczenia ich do kategoryi *lues insontium*, że wspomnę tu tylko o zakażeniach kobiet *e coitu legitimo* w małżeństwie, lub o zakażeniu dzieci, zrodzonych z rodziców dotkniętych kiłą.

Że zakażenie kiłą może nastąpić w drodze pozapłciowej, wiadomem było i dawniejszym syfilidologom; w szczególności wiedziano o tem, że choroby można udzielić przy sposobności karmienia (Vella, Cataneus »plures infantulos lactentes, tali morbo infectos, plures nutrices infecisse«), za pośrednictwem całusów (Massa), przy rękoczynach położniczych, za pośrednictwem naczyń, o czem mówi Piotr Maynardus, przestrzegając nietylko przed »coitus cum mulieribus infectis«, ale i przed używaniem naczyń, Kasper Torella również zwraca uwagę na te możliwe sposoby zakażenia. Naszemu Wojciechowi Oczce niemniej nie były one obcemi, wyraża się bowiem na wstępie swego traktatu, iż »przymiot albo dworska niemoc rozmaitym sposobem człowieka zarażać może, tak, że nietylko z nierządnego obcowania między zarażonymi, ale też i z szaty, z pościeli, z całowania, od szklenice, i z małych a niespodzianych początków bywa, iż jest istność jego jadowita, iż czego się jedno zarażony dotknie, a zdrowemu do używania poda, w tem go prędko zarazą obdarzyć może« [1]).

Hunter przyjmował, że każde miejsce powłok zewnętrznych może być bramą wejścia dla zakażenia; pogląd ten jest dzisiaj pojęciem ustalonem, jak niemniej możność nabycia kiły na drodze pozapłciowej, o czem wspominają wszystkie dawniejsze i nowsze podręczniki o chorobach wenerycznych, podając jako najczęstszą siedzibę wrzodów pozapłciowych wargi ust i sutki kobiece, a jako sposób najczęstszy nabycia całusy, karmienie, a dawniej z zabiegów lekarskich szczepienie i pijawki.

Na drodze pozapłciowej powstawały też znane w literaturze lekarskiej endemie kiły: o takiej endemii wspomina Neuman [2]), a rozszerzyła się ona za pośrednictwem chorej na kiłę akuszerki, która przy sposobności rozwiązania zaraziła kilka położnic *(Mal de Sainte Euphemie)*. W r. 1577 podobna endemia miała miejsce w Bernie, a powstała za pośrednictwem pijawek, których w łaźni używano *(Mal de Moravie)* Theiner [3]) wspomina o przypadku, w którym jeden żyd, przy sposobności obrzezania, udzielił kiły więcej niż 30 dzieciom. Zekert zwrócił uwagę na szerzącą się między pospólstwem na Litwie kiłę, udzielaną przeważnie w łaźniach lub za pośrednictwem naczyń, pościeli.

Endemia kiły, w której nabywanie choroby na drodze pozapłciowej nie małą rolę odgrywało, szerzyła się z końcem XVIII a początkiem XIX wieku w Skandynawii (*radesyge*), a w r. 1790 w okręgu kroacko-dalmatyńskim (Skerljewo).

Bulkley [4]) naliczył w czasie od r. 1577—1892 takich endemii 110, tablicę przez niego zestawioną podaje Münchheimer [5]), spowodowane zaś one były używaniem wspólnych pijawek, karmieniem, obrzezaniem, szczepieniem, przy połogach przez chore akuszerki; w latach 1858—1892 w hutach szklanych (4) i 4 lekarskie, za pośrednictwem narzędzi. Jedną taką endemię spowodowała w Rosyi znachorka, sprowadzając zakażenie (będąc sama chorą) u 34

[1]) Oczko W. »Przymiot« wyd. jubileuszowe warszawskie z r. 1881.

[2]) Neuman. Das extragenitale syph. Primäraffect in seiner klinischen und sozialhyg. Bedeutung. Wiener klin. Wochschr. 1902. Nr 39.

[3]) cyt. Gedroyć. »Nauka o chorobach wener. w polskiem piśmiennictwie lekarskiem«. Warszawa 1909.

[4]) Bulkley. Syphilis in the innocent. Nev York 1893.

[5]) Müncheimer. Über extragen. Syphilisinfection. Archiv f. Derm. u. Syph. r. 1897. T. XL.

kobiet, a to przez wylizywanie oczu cierpiącym na choroby oczne, który to zwyczaj jest rozpowszechniony wśród wieśniaków w Rosyi (Tepliaszin)[6]).

O podobnych endemiach wspominają i nowsi autorowie, np. o rodzinnej Gottheil[7]): z 10 członków rodziny tylko ojciec i dwoje dzieci pozostało wolnymi od zakażenia, natomiast matka, trzy córki w wieku 14, 9 i 7 lat, trzej chłopcy w wieku 4, 2 i 1/2 roku ulegli zakażeniu. Autor ten podaje, że zakażenie wyszło prawdopodobnie od 14-letniej, źle się prowadzącej dziewczyny. Złe warunki hygieniczne w tej rodzinie tłomaczyły dostatecznie rozszerzenie się choroby na drodze pozapłciowej, aczkolwiek z wyjątkiem matki i 9-letniego chłopca, u których jedynie można było stwierdzić wrzody pierwotne, u reszty nie wykazano drogi wejścia zakażenia do ustroju.

Massazza i Truffi[8]) opisali endemię kiły w małej wiosce pod Pawią, w której w ciągu 2 lat uległo zakażeniu 11 wieśniaków (10 dzieci), a choroba przeniesiona została za pośrednictwem karmienia niemowląt i wskutek przyjętego na wsi zwyczaju podawania piersi obcym dzieciom.

Dzięki szerzeniu się swemu na drodze pozapłciowej, przybrała kiła charakter choroby rodzinnej, endemicznie zakorzenionej wśród szerokich warstw ludności w niektórych guberniach rosyjskich. Popow i Belussow stwierdzili w r. 1885 w 3 guberniach: rjazańskiej, włodzimirskiej i kurskiej, że kiła u ludności tamtejszej nabytą została pozapłciowo w 74—92% przypadkow (przez karmienie, wspólne pożycie, a najczęściej drogą ust). Dina Sandberg[9]) stwierdziła podobne stosunki w obwodzie kozłowskim. Endemia kiły, z charakterem choroby rodzinnej, wśród ludności huculskiej południowo-wschodnich powiatów Galicyi, ma zawdzięczać również w bardzo wielu przypadkach początek swój przeniesieniu choroby na drodze pozapłciowej. Najdalej idąca wspólność, przy używaniu łyżek, naczyń, fajek i t. p., przy bardzo małej dbałości o czystość ma być tą drogą, którą najczęściej choroba się przenosi, jak to podaje Doboszyński[10]), zaznaczając, że najczęstszym — obok części płciowych — punktem wyjścia zakażenia jest jama ustna.

W swojej praktyce spotkałem cztery przypadki zakażenia rodzinnego; wszystkie tyczyły się małych dzieci, a jakkolwiek tylko w dwu z nich można było stwierdzić wrzód pierwotny, nie ulegało jednak wątpliwości, że zakażenie zostało nabyte na drodze pozapłciowej we wszystkich czterech przypadkach. Opiszę je poniżej szczegółowo.

(C. d. n.).

[6]) Syph. Infection durch Auslecken des Auges (Ref. Archiv f. Derm. u. Syph. 1887).

[7]) House Epidemic of Syphilis. Nev-York mediz Journal 1898. Ref. Archiv f. Derm. u. Syph. T. 50.

[8]) Epidemia di sifilide nel commune di Casalisma durante giovanni 1895—1896. Giornale ital. della mal. vener. T. 32. 1897.

[9]) Syphilis im russischen Dorf. Arch. f. D. u. S. T. 31.

[10]) Z akcyi przeciwkiłowej w pow. kossowskim. Przegl. lek. 1904.

Z oddziału Dra J. Brudzińskiego, lekarza naczelnego szpitala „Anny-Maryi" dla dzieci w Łodzi.

O analogii w czasie występowania zapalenia popłoniczego gruczołów i nerek.

Podał

Dr Władysław Schoenaich,

lekarz pawilonów dla chorób zakaźnych.

Schick[1]) na zasadzie materyału z kliniki Prof. Eschericha w Wiedniu stwierdził, że wszystkie choroby następowe po płonicy wykazują analogię w czasie występowania, a mianowicie w przypadkach Schicka występowały one najczęściej w 3 i 4 tygodniu płonicy.

W niniejszej pracy chcemy podać, jak zachowywały się pod względem częstości i czasu występowania choroby popłonicze wśród przypadków, spostrzeganych przez nas na oddziale płoniczym szpitala »Anny-Maryi« dla dzieci w Łodzi i podkreślić podobieństwa i różnicę między naszymi przypadkami, a przypadkami Schicka. Przytem weźmiemy na uwagę 2 najczęstsze powikłania płonicy — zapalenie nerek i zapalenie popłonicze gruczołów chłonnych. Do tego drugiego zaliczamy wraz z Schickiem tylko te przypadki, w których objawy, świadczące o sprawie zapalnej w gruczołach: obrzmienie gruczołów, ich stwardnienie, bolesność i towarzyszące im zazwyczaj podniesienie ciepłoty wystąpiły dopiero w pogorączkowym okresie płonicy po zupełnem ustąpieniu pierwotnych objawów zapalenia w jamie ustnej, w gardle i gruczołach.

Materyał nasz obejmuje 127 przypadków zapalenia nerek i 69 przypadków zapalenia popłoniczego gruczołów chłonnych, pochodzących z okresu od 1 V. 1906 do 1. VII. 1909. Włączyliśmy do naszej statystyki tylko te przypadki zapalenia nerek i gruczołów, które rozwinęły się na oddziale u chorych, przyjętych do szpitala w gorączkowym okresie płonicy przed wystąpieniem chorób następczych. U chorych płoniczych mocz bywa codziennie badany co do białka, a przy wystąpieniu jakichkolwiek objawów, świadczących o rozpoczynającej się sprawie zapalnej w nerkach, jak podniesienia się ciepłoty ciała w pogorączkowym okresie płonicy, zwolnienia tętna i wystąpienia wzmożonego jego napełnienia, a częstokroć i napięcia, zmniejszenia się ilości moczu, wystąpienia nieumotywowanego podniesienia się wagi ciała i wybitnej bladości skóry, badamy mocz (nawet przy braku białka) drobnowidowo. Co do stwierdzenia zapalenia popłoniczego gruczołów, to niejednokrotnie objawy zapalenia są tak nieznaczne (brak podniesienia ciepłoty, nieznaczna bolesność, niewielkie obrzmienie), że przy obfitym materyale można łatwo niejeden przypadek przeoczyć i dlatego też przy określaniu częstości występowania będziemy posługiwali się tylko przypadkami, pochodzącymi z okresu, w czasie którego zwracaliśmy szczególną uwagę na omawiane powikłanie, a mianowicie od 1. X. 1906 do 1. VII. 1909.

W tym czasie przyjęto do szpitala w ostrym, gorączkowym okresie płonicy 418 przypadków.

[1]) Schick: Jahrbuch für Kinderheilk. Tom 62 1905. Tamże Tom 65. 1907.

Na 418 przypadków zapalenie nerek stwierdziliśmy 110 razy, co stanowi 26·3%, zapalenie popłonicze gruczołów chłonnych 60 razy (u 56 chorych — u 4 chorych po 2 razy) = 14·4%. Więc wśród naszych chorych z Łodzi zapalenie nerek występowało prawie 2 razy częściej, niż zapalenie popłonicze gruczołów wśród przypadków Schicka z Wiednia, przeciwnie, zapalenie popłonicze gruczołów (68 przyp.) występowało 2 razy częściej, niż zapalenie nerek (33 przyp.).

Na zasadzie swej statystyki Schick słusznie twierdzi, że popłonicze zapalenie gruczołów jest o wiele częstszą chorobą, niż popłonicze zapalenie nerek, my zaś na zasadzie naszej statystyki z równą słusznością moglibyśmy powiedzieć, że, przeciwnie, zapalenie nerek jest o wiele częstszem powikłaniem płonicy, niż wtórne zapalenie gruczołów. Jednak, zdaje się, będziemy najbliżej prawdy, jeżeli z badań naszych i badań Schicka wysnujemy wniosek, że zarówno zapalenie nerek, jak i zapalenie gruczołów należy do najczęstszych powikłań płonicy i podczas jednej epidemii w pewnej miejscowości może wystąpić częściej zapalenie nerek, podczas drugiej epidemii w innej miejscowości — zapalenie popłonicze gruczołów. Takie przeciwieństwo w częstości występowania jednego powikłania w porównaniu z drugiem, nie przedstawia w płonicy nic osobliwego i objaśnia się różnym »charakterem epidemii«, przez który klinicznie rozumiemy pewną — znaną i często spostrzeganą również przy innych chorobach zakaźnych — jednolitość w przebiegu samej choroby, jak również w częstości i ciężkości powikłań i chorób następczych.

Pod względem czasu występowania nasze przypadki zapalenia popłoniczego gruczołów i nerek przedstawiają się, jak następuje:

Początek zapalenia gruczołów.

Dzień choroby	Liczba przypadków
8—11	6
12—14	12 } 31
15—18	19 }
19—21	7
22—28	14
29—35	4
36—42	5
43	1
44	1
Ogółem	69

Początek zapalenia nerek.

Dzień choroby	Liczba przypadków
7	3
8—11	10
12—14	20 } 74
15—18	54 }
19—21	16
22—28	14
29—35	8
36—42	1
47	1
Ogółem	127

Przedewszystkiem słów kilka powiemy o granicach czasu, w którym mogą występować omawiane powikłania płonicy.

Schick mówi, że popłonicze zapalenie nerek i zapalenie gruczołów chłonnych nie występują przed 12. dniem płonicy, a najpóźniej zjawiają się w 6. tygodniu choroby. Z naszej statystyki widać, że w wyjątkowych razach zarówno zapalenie popłonicze gruczołów, jak i nerek może wystąpić nawet w 7 tygodniu płonicy, co zaś się tyczy wczesnego występowania przed 12. dniem, to nie należy ono do rzadkości: zapalenie gruczołów wystąpiło przed 12. dniem 6 razy na 69 przypadków, zapalenie nerek — 13 razy na 127 przypadków.

Wśród przypadków Schicka zapalenie popłonicze gruczołów wystąpiło w 2. tygodniu (od 12—14 dnia) 3 razy, w 3. tygodniu (od 15—18 dnia 16 razy i od 19—21 dnia 22 razy) 38 razy, w 4 tygodniu 24, w 5—5 razy i w 6. — 1 raz. Więc najczęściej występowało w 3. i 4. tygodniu płonicy.

Wśród naszych przypadków na 3. tydzień przypada również największa liczba 26, lecz następna 18 przypada nie na 4. tydzień, lecz na 2., wreszcie trzecia na 4. tydzień.

Jeżeli zaś weźmiemy na uwagę dni, to u Schicka największa liczba przypada na drugą połowę 3. tygodnia (od 19—21 dnia) 22 przypadków, wśród naszych zaś przypadków zapalenie popłonicze gruczołów najczęściej występowało w pierwszej połowie 3. tygodnia (od 15—18 dnia) 19 przypadków i następnie w drugiej połowie 2. tygodnia (od 12—14 dnia) 12 przypadków — razem od 12—18 dnia 31 przypadków.

Z powyższego zestawienia wypływa, że pomiędzy naszymi przypadkami zapalenia popłoniczego gruczołów, a przypadkami Schicka zachodzą pod względem czasu występowania dość znaczne różnice.

Zapalenie popłonicze nerek w przypadkach Schicka wykazało pod względem czasu występowania zupełną analogię z przypadkami zapalenia gruczołów i występowało najczęściej również w 3. i 4. tygodniu choroby: z 33 przypadków zapalenie nerek 2 razy wystąpiło w 2. tygodniu, 18 razy w 3. tygodniu, 7 razy w 4. i po 3 razy w 5. i 6. tygodniu choroby.

Wśród naszych przypadków zapalenie nerek wystąpiło najczęściej w 3. tygodniu 70 razy, następnie w 2. tygodniu 30 razy, wreszcie w 4. tygodniu 14 razy; podług zaś dni najczęściej od 15. do 18. dnia 54 razy i od 12 do 14. dnia 20 razy — ogółem od 12. do 18. dnia 74 razy.

Jak widzimy, przypadki zapalenia nerek spostrzegane przez nas w Łodzi również różnią się pod względem czasu występowania od przypadków wiedeńskich Schicka, lecz, co jest rzeczą najważniejszą i co stanowi jądro danej sprawy, nasze przypadki zapalenia płoniczego nerek i gruczołów wykazały między sobą zupełną analogię w czasie występowania.

Na zasadzie więc naszej statystyki i statystyki Schicka możemy wyprowadzić następujący wniosek:

Zapalenie popłonicze gruczołów i zapalenie nerek podczas oddzielnych epidemii w różnych miejscowościach mogą różnić się nieco pod względem czasu i częstości występowania lecz spostrzegane na jednym i tym samym materyale wykazują zupełną analogię w czasie występowania.

Oprócz powyższych danych o ścisłym związku między temi powikłaniami płonicy świadczą dobitnie przypadki, w których zapalenie nerek i zapalenie gruczołów występowały jednocześnie. Liczne podobne przypadki opisał Schick mówią o nich w swych pracach Leichtenstern, Jür-

Numer	Imię i nazwisko	Wiek	Początek zapalenia gruczołów. Dzień choroby	Początek zapalenia nerek Dzień choroby	Ile dni między począt. obu powikł.	Najwyższa ciepłota przy zapaleniu	Uwagi	
1	Antoni D.	3	13	19	+ 6	41,2°	U brata Bolesława D., 6 lat, wystąpiło również 15. dnia choroby, zapalenie popłonicze gruczołów, lecz bez zapalenia nerek.	Zapalenie gruczołów poprzedza zapalenie nerek.
2	Symcha B.	$4^1/_2$	25	30	+ 5	40,0°		
3	Franciszek P.	6	13	18	+ 5	39,2°	Siostry Nr 23 i 24. U Franciszka P. zapalenie gruczołów wystąpiło po raz drugi 32 dnia przy końcu zapalenia nerek.	
4	Maryan W.	6	16	18	+ 2	39,0°		
5	Piotr K.	5	32	34	+ 2	40,8°	U Piotra K. zapalenie gruczołów wystąpiło dwa razy: po raz pierwszy 21 dnia bez zapalenia nerek i po raz wtóry 32 dnia choroby.	
6	Michał G.	4	12	14	+ 2	38,6°		
7	Wanda J.	12	16	18	+ 2	40,2°		
8	Lucya S.	14	9	11	+ 2	40,6°		
9	Artur F.	2	18	19	+ 1	38,7°		
10	Zygmunt K.	3	14	15	+ 1	40,6°		
11	Micia S.	3	11	12	+ 1	39,8°		
12	Artur B.	6	13	13	0	39,6°		Zapalenie gruczołów stwierdzono jednocześnie z zapaleniem nerek.
13	Dawid W.	5	15	15	0	37,8°	U Dawida W. zapalenie gruczołów wystąpiło po raz wtóry 44 dnia choroby przy końcu zapalenia nerek.	
14	Stanisława P.	3	25	25	0	38,6°		
15	Edyta K.	9	25	25	0	37,5°		
16	Józef U.	9	24	24	0	39,9°	U Józefa U. zapalenie gruczołów wystąpiło dwa razy: po raz pierwszy 10 dnia bez zapalenia nerek i po raz wtóry 24. dnia choroby.	
17	Czesław S.	$2^3/_4$	11	11	0	39,6°		
18	Erma G.	5	21	21	0	38,8°		
19	Janina M.	6	13	13	0	40,6°	} rodzeństwo — 2 siostry.	
20	Marta M.	8	15	15	0	40,0°		
21	Karol H.	6	23	23	0	40,2°		
22	Franciszek W.	14	26	26	0	40,3°	U Franciszka W. zapalenie nerek po raz pierwszy wystąpiło 15. dnia. 22. i 24. mocz bez składników chorobowych. 26. dnia wraz z zapaleniem gruczołów nawrot resp. obostrzenie zapalenia nerek — wybitny krwiomocz.	
23	Władysława P.	8	16	16	0	39,6°	+ Nr 3 — rodzeństwo — 2 siostry i 1 brat.	
24	Bronisława P.	10	24	23	— 1	38,°		Zapalenie gruczołów następuje po zapaleniu nerek.
25	Roman W.	8	19	18	— 1	40,9°		
26	Abram S.	5	24	23	— 1	40,6°	U Abrama S. zapalenie nerek po raz pierwszy wystąpiło 14. dnia. 20. i 22. mocz bez składników chorobowych. 23. dnia wraz z zapaleniem gruczołów nawrot resp. obostrzenie zapalenia nerek — wybitny krwiomocz.	
27	Wacław D.	$1^1/_2$	14	13	— 1	37,9°		
28	Helena H.	6	15	16	— 1	39,9°		
29	Anna K.	7	19	17	— 2	40,8°		
30	Aleksy N.	5	27	25	— 2	39,8°	U Aleksego N. zapalenie gruczołów wystąpiło dwa razy: po raz pierwszy 14. dnia bez zapalenia nerek i po raz wtóry 27. dnia choroby.	
31	Jan P.	$2^1/_2$	18	14	— 4	38,7°		
32	Marya J.	4	22	17	— 5	39,8°		
33	Mieczysław K.	$3^3/_4$	28	21	— 7	40,3°	Wybitne pogorszenie zapalenia nerek przy wystąpieniu zapalenia gruczołów.	

gensen, Fiłatow, Stembo, poświęcił im osobną pracę już w 1888 roku Korsakow, lecz, o ile możemy sądzić, dotąd nie określono częstości występowania podobnych przypadków w przebiegu płonicy.

W okresie, w którym zwracaliśmy szczególną uwagę na omawiane powikłania, wśród 418 przypadków płonicy stwierdziliśmy zapalenie popłonicze gruczołów 60 razy, z czego w 30 przyp. = 7·2% stwierdziliśmy zapalenie gruczołów jednocześnie lub prawie jednocześnie z zapaleniem nerek. Zapalenie gruczołów wśród naszego materyału w połowie przypadków występowało przeto współcześnie z zapaleniem nerek.

Ogółem mieliśmy 33 podobnych przypadków, przytem spostrzegaliśmy 2 rodziny, z których w jednej u 3 dzieci, w drugiej u 2 stwierdziliśmy współczesne wystąpienie obu powikłań (patrz na tablicy Nra 3, 23, 24 i Nra 19 i 20). Jak widać z załączonej tablicy w 12 przypadkach

stwierdzilismy początek obu powikłań tegoż samego dnia, w 11 przypadkach stwierdziliśmy zapalenie gruczołów przed zapaleniem nerek, w 10 przypadkach spostrzegliśmy zapalenie gruczołów po zapaleniu nerek. Fakt, że w pewnej liczbie przypadków stwierdzaliśmy początek obu powikłań jednego i tego samego dnia, w innych zaś pomiędzy stwierdzeniem jednego powikłania upływało kilka (w znacznej większości na 21 w 15 przyp. od 1 do 2) dni, świadczy o tem, że prawdopodobnie sprawa zapalna w tych przypadkach rozpoczyna się jednocześnie w obu narządach, lecz tylko czasami objawy kliniczne jednego powikłania poprzedzają wystąpienie objawów drugiego.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Hoesslin. **Zależność białkomoczu od zawartości kwasu w moczu.** (*Münch. med. Woch.* Nr 33). W zakładzie swoim zrobił H. spostrzeżenie, że bardzo często u chorych nerkowych białkomocz stoi w związku z kwasotą moczu, a to w tem rozumieniu, że w miarę zmniejszania się ostatniej opada też lub i znika ilość białka, a podobnie także zachowują się wałeczki. U niektórych chorych związek ten jest tak ścisły, że można po prostu doświadczalnie przez alkalizowanie moczu zmniejszać ilość białka i wałeczków, co też ma dodatni wpływ na stan ogólny i poczucie podmiotowe chorych. Mocz alkalizował H. z pomocą sody. Naturalnie objaw ten nie występuje u wszystkich chorych, brak go naprzykład stale w ciężkich postępujących przypadkach zapalenia nerek, zwłaszcza tam, gdzie występują objawy mocznicowe. Prócz znikania białka i wałeczków nieraz można spostrzegać przytem i poprawę czynności nerki w postaci większego wydzielania się chlorku sodu. *A.*

Doc. Lüdke. **O przeszczepianiach śledziony.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 29—30). W ostatnich czasach sprawa przeszczepiania narządów zaczęła zataczać coraz to szersze kręgi, zwłaszcza, że przez szew naczyniowy uzyskano bardzo dobre pod tym względem widoki. Co do gruczołów, to przeszczepia się je zwykle albo do jamy brzusznej wolnej, ew. podskórnie, dalej do innych narządów, np. śledziony, wątroby, albo też łączy z podobnym narządem szwem naczyniowym. Przeważnie przeszczepiano dotąd w celach leczniczych gruczoł tarczowy. Co do przyjmowania się, to wyniki są, jak dotąd nieświetne. Ribbert, Lubarsch i t. p. celem uzyskania pewniejszych wgojeń, polecają przeszczepiać małe kawałeczki narządu. Wgojenie wydarza się często, natomiast trwałe utrzymywanie się przeszczepionej tkanki w innem miejscu jest niezmiernie rzadkie, choć niewątpliwie możebne. Christiani np. jeszcze 2 lata po przeszczepieniu spostrzegał zupełnie dobrze zachowaną i działającą tkankę tarczycy, a Payr przy przeszczepieniu gruczołu tarczowego do śledziony, spostrzegał do 300 dni brak wszelkich objawów braku jego czynności, co także znalazło potwierdzenie w jednym przypadku obrzęku śluzowatego u 6-letniego dziecka, któremu Payr wszczepił w śledzionę tkankę gruczołu tarczowego z matki i $8^1/_2$ miesiąca spostrzegał ciągle postępującą poprawę intelektualną i cielesną.

Zdaje się, że przez szew naczyniowy zyskamy jeszcze pewniejsze wyniki. L. postanowił przeprowadzić badania nad wynikiem przeszczepiania śledziony, wziętej z osobnika jednego gatunku na osobnika innego gatunku, np. z psa na kozę i t. p., a to celem zbadania ewentualnych następowych zmian krwi, przenoszenia niwieczników, a wreszcie wyjaśnienia przyczyn i sposobu wsysania się z czasem przeszczepionej tkanki. Lüdke przeszczepiał głównie śledziony (w całości lub kawałkach) królików w kieszonki, zrobione w śledzionie psów lub małp. Wyniki wogóle były dobre. Mimo złych warunków na 17 operowanych zwierząt (6 małp i 11 psów) stracił L. jedną tylko małpę (gruźlica otrzewnej) i 3 psy (jednego w uśpieniu, dwa na zakażenie otrzewnej). Zresztą śledziony wszczepione przyjmowały się wcale dobrze w obcej śledzionie. U małp stwierdzono makroskopowo zupełne wgojenie się 4 razy, u psów 6 razy. Dwa razy u małp, a 3 razy u psów już w 4—10 tygodni wszczepiona śledziona uległa zupełnemu wessaniu. Po operacyi stan zwierząt był zupełnie dobry. Wszczepiona śledziona po kilku tygodniach (o ile odrazu nie uległa wessaniu) zmniejsza się o $^1/_4$—$^1/_3$ objętości pierwotnej, przybierając zabarwienie podłoża, tylko zwykle bywa nieco mniej, niż podłoże, w krew zasobna. Makroskopowo przejścia obu tkanek nie dało się wykazać na przekroju. W porównaniu z przeszczepianiem śledziony do jamy brzusznej, przeszczepianie do drugiej śledziony wywoływało szybsze wessanie szczepionej tkanki. Drobnowidowo wykazać można było jeszcze wszczepioną tkankę po 2—3 miesiącach. Krew zwierząt zachowywała się przytem dość typowo. Liczba ciałek czerwonych zmniejszała się a białych miernie wzrastała (zwłaszcza limfocyty i eozynochłonne), zmiany te trwały 4—6 tygodni. Zupełnie podobne zmiany spostrzegano także po wstrzykiwaniach do ustroju wyciągów ze śledziony.

O wgajaniu się śledziony świadczyło także przenoszenie się do nowego ustroju nagromadzonych w śledzionie ciał ochronnych. Jak wiadomo, narządy krwiotwórcze uważać należy za główne źródło tworzenia się niweczników, o czem świadczą między innemi doświadczenia Pfeiffera i Marxa. Wycięcie np. śledziony w 4—5 dni po zakażeniu durem, wywołuje brak lub upośledzenie tworzenia się ciał ochronnych. L. przeszczepiał tedy śledziony królików, u których przez wstrzykiwania drobnoustrojów czerwonki i duru uzyskał silnie aglutynującą surowicę. W 6 z 10 badanych przypadków wykazać się dało wybitnie przeniesienie się ze śledzioną do drugiego ustroju substancyi aglutynujących. Że nie chodziło tu li tylko o przeniesienie bierne, dowiódł fakt, że wstrzykiwania samej zawiesiny śledziony z uodpornionego zwierzęcia nie wywoływały takiego wybitnego przeniesienia się, lecz znacznie słabsze i szybko przemijające, a więc czysto bierne; natomiast przy przeszczepianiu śledziony utrzymywały się te substancye we krwi 3—4 miesięcy i dłużej. Substancye te zjawiały się we krwi psa lub małpy nawet wtedy, jeżeli śledzionę wyjęto królikowi w 2—3 dni po zakażeniu t. j. wtedy, gdy jeszcze u królika we krwi tych substancyi gotowych wykazać się nie udawało, a więc gdy tworzyły się one dopiero ze śledziony przeszczepionej ustroju, w który ją wszczepiono. Podobnie udawało się wykazać po przeszczepieniu w surowicy krwi precypityny i swoiste cytolizyny. Tkanka przeszczepiona wskutek złego odżywienia, braku wpływów nerwowych i t. p., skłonna jest naturalnie do rozpadu i wessania się, co znów jest pobudką do tworzenia się cytotoksyn, a te następnie wywołują szybkie wsysanie się przeszczepionej tkanki. Zapewne tworzą się znów w takim ustroju także antycytotoksyny, chroniące przeszczepioną tkankę od zupełnego wessania, ale o nich jeszcze nie wiele wiemy. *K.*

Dungern. **O odporności przeciw nowotworom.** (*Tow. lek. i przyr.* Heidelberg 2. III. 09). Doświadczenia swe przeprowadzał D. wspólnie z Drem Coca na mięsakach zajęcy, które przeszczepiał na króliki. Nowotwory te sadowią się zwykle na małżowinie usznej albo w pobliżu oka, dochodzą wielkości śliwki i drobnowidowo przedstawiają obraz włókniako-mięsaków. Cząstki nowotworu wstrzykiwano podskórnie. Zwykle w 1—2 tygodni występował już wyraźny nowotwór. Nowotwory klinicznie przebiegały to łagodnie, to znowu złośliwie, przerastając wszystkie tkanki i tworząc przerzuty. Zwykle jednak po pewnym czasie zaczynały się zmniejszać i często znikały zupełnie. Jeżeli po pierwszem zaszczepieniu, szczepiono w inne miejsce po raz drugi, nowotwór nie przyjmował się nigdy, choć np. pierwotnie zaszczepiony guz wycięto lub uległ wessaniu. U zajęcy guzy przyjmowały się lepiej i rosły więcej. Odporność wśród szczepienia trwała do 2 miesięcy. W przypadkach badanych drobnowidowo wykazano jako przyczynę obumierania tkanki nowotworowej zaczopowanie okolicznych naczyń dużemi komórkami (makrofagami). Ten odczyn makrofagów jest u różnych królików różny, a czasem niema go wcale i wtedy guz rośnie szybko i tworzą się przerzuty. Czy i komórki rakowe mogą wywoływać podobny odczyn orzec trudno, choć znamy przypadki samorodnego znikania tych nowotworów. Bądźcobądź zachęca to do prób leczenia raka wstrzykiwaniami cząstek nowotworu, choćby uzyskanych przez wycięcie przy operacyi. W dyskusyi zaznaczył Werner, że próbował już podobnych doświadczeń na człowieku w 2 przypadkach nieuleczalnego raka. Wprawdzie nie osiągnął wyleczeń, ale też chorym nic zaszkodził, a spostrzegać można było bardzo wybitny odczyn miejscowy. Próby te zachęcają do dalszych prac na tem polu. *K.*

Tegeler. **Rana postrzałowa aorty z zagojeniem się kuli w zastawce sercowej.** (*Münch. med. Woch.* Nr 34). Przy sekcyi górnika, zmarłego wskutek porażenia elektrycznego, zna-

lazł T. przygodnie bardzo ciekawe siedlisko pocisku, bo w kieszonce zastawki sercowej. Na wstępującem ramieniu aorty wykazać się dała znów promienista blizna na 3—4 palcy powyżej przyczepu zastawek. Zresztą prócz zrostu worka osierdziowego ze sercem od przodu i zrostów opłucnych nie wykazano żadnych uszkodzeń. Bliższe badania wykazały, że zmarły w zamiarze samobójczym przed rokiem strzelił do siebie z rewolweru w okolicę serca. Przewieziono go do szpitala, gdzie prócz rozkurczowego szmeru nad aortą nie wykazano żadnych zaburzeń w czynności serca, a zresztą tylko w lewym worku opłucnym mierny wysięk krwawy. Badanie prześwietleniem Röntgena kuli nie wykazało. Chory opuścił wtedy »uleczony« szpital w $1^1/_2$ miesiąca i od czasu tegoż do ostatniej chwili pracował w zupełnem zdrowiu. Wypadek ten tłomaczy T. sobie w następujący sposób: kula utkwiła z początku w ścianie aorty tuż pod błoną wewnętrzną, przez co nie było znaczniejszego krwotoku. Z czasem, gdy już rana zewnętrznej ściany się podgoiła, błona wewnętrzna wskutek tarcia krwi o miejsce gdzie tkwiło ciało obce, uległa przeżarciu i kula wpadła do aorty, a ztąd do zastawki, gdzie została przez tkankę łączną umocowana. *K.*

Medycyna wewnętrzna.

G. Reynaud: **O gorączce żółciowej z hemoglobinuryą** (*Revue de medecine* 1909 Nr. 7). Między cierpieniem tem a zimnicą istnieje pewna korelacya, ponieważ wszyscy chorzy dotknięci niem, cierpieli przedtem na zimnicę. Autor przypuszcza, że jako czynnik przyczynowy wchodzą tu w grę zmiany w składnikach krwi, a mianowicie demineralizacya, kruchość krwinek, hemoliza i inne. Leczniczo poleca jako środek bardzo skuteczny, wypróbowany przez niego i innych autorów, wstrzykiwanie śródmięśniowe chininy oraz wlewanie podskórne 250 cm^3 7‰ roztworu soli 2—3 razy dziennie przez dłuższy czas, aż do ustąpienia hemoglobinuryi.

Krajewska: **O tężyczce u kobiet dotkniętych zmiękknieniem kości** (*Międzynarodowy kongres lekarski w Budapeszcie 1909.* Sekcya neuropatologiczna). Zmięknienie kości (osteomalacia) jest w niektórych powiatach Bośni cierpieniem endemicznem. W Serajewie stwierdziła autorka w ciągu 10-ciu lat 150 przypadków tego cierpienia, a w tem 116 przypadków, spowodowanych połogami. Tężyczka (tetania) jest w Bośni względnie częstą. Na 70 przypadków tego cierpienia, stwierdzonych w Serajewie w przeciągu lat dziesięciu 48 było połogowych i związanych ze zmięknieniem kości również połogowego pochodzenia. Zmięknienie kości zarówno jak i tężyczka nachodzą kobiety tubylcze najuboższej ludności muzułmańskiej, żyjącej w jak najgorszych warunkach zdrowotnych, mieszkającej na stokach gór w źle przewietrzanych, ciemnych i wilgotnych domach i odżywiającej się bardzo licho. Źródła obu chorób należy szukać w przedwczesnem wychodzeniu za mąż (niekiedy w 12. roku życia), w częstych porodach, których liczba dochodzi 12—16, oraz w nadmiernie przedłużonem karmieniu, przeciąganem do $2^1/_2$ lat. Tężyczka najczęściej towarzyszy zmięknieniu kości w okresie początkowym. Związek obu tych schorzeń z funkcyami macierzyństwa zdaje się nie podlegać żadnej wątpliwości. Odnośnie do pory roku, oba cierpienia występują najczęściej w marcu i kwietniu, najrzadziej w czerwcu i we wrześniu. W miesiącach lipcu i sierpniu nie pojawiały się. Spostrzeżenia autorki przemawiają za tem, że nie zachodzi tu przypadkowy zbieg obu cierpień, lecz, że wywołują je tesame czynniki i warunki niehigieniczne i że stanowią one przejaw jednej i tej samej wadliwości odżywczej. Leczniczo działa skutecznie fosfor w przypadkach tężyczki związanej ze zmięknieniem kości.

Dr M. Blassberg.

Martius. **Problem patogenetyczny dziedziczności.** (*Kongres międzynarodowy lekarski w Budapeszcie* 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Przy powstawaniu chorób odgrywa dziedziczność bardzo ważną rolę, niekiedy rozstrzygającą. Wszelako dotychczas panowały w literaturze lekarskiej niejasne pojęcia w sprawie dziedziczności, które są zupełnie niezgodne z pojęciami przyrodniczemi ścisłej biologii współczesnej. Według tej ostatniej bowiem jest grubym błędem mieszanie pojęcia dziedzicznej skłonności z chorobą wrodzoną, oraz pojęcia zakażenia śródmacicznego z aktem dziedziczenia, albowiem zakażenie śródmaciczne i przeniesienie czynników chorobotwórczych drogą rozrodczą (germinativ) nie ma nic wspólnego z dziedzicznością. Po myśli wiedzy naukowo-biologicznej, istnieje wprawdzie kiła wrodzona, ale niema kiły dziedzicznej. Pod odziedziczonemi ze strony potomstwa lub dziedzicznie przekazanemi, rozumiemy biologicznie tylko takie właściwości, których zaczątek jest zawarty w plazmie zarodkowej rodzicielskich komórek płciowych. Pojęcie właściwości wrodzonej obejmuje wszystko to, co dziecko przynosi ze sobą na świat i jest szerszem od pojęcia cechy odziedziczonej. Czy jakaś wrodzona skłonność chorobowa lub jakiś anatomiczny wrodzony brak jest w naukowem znaczeniu tego słowa dziedzicznym, czy zatem pochodzi z plasmy zarodkowej rodziców lub też został tylko śródmacicznie nabytym, to należy w każdym poszczególnym przypadku z osobna zbadać i rozstrzygnąć. Naprzykład warga dolna u Habsburgów lub nos u Orleanów jest cechą dziedziczną, a brak jednego ramienia wskutek odsznurowania w życiu płodowem jest cechą wprawdzie wrodzoną ale nie odziedziczoną. Choroba nie jest istotą (ens jak np. prątek) ani też właściwością, ale jest sprawą wprawdzie nieprawidłową lecz powstającą w jakiejś części ustroju samorodnie lub też z przyczyny zewnętrznej. Sprawa chorobowa zatem nie może być odziedziczoną, bo powstaje ona na tkanine już wykształconej, która jako taka nie istniała w pierwoszczy zarodkowej. Choroba zatem nigdy nie może być odziedziczoną i w naukowej biologii nie istnieją choroby dziedziczne. Co najwyżej mógł istnieć w pierwoszczy zarodkowej związek, względnie skłonność (die Anlage). Odziedziczoną bywa więc nie gruźlica, lecz większa lub mniejsza skłonność tkanek do serowatego rozpadu, albo też większa lub mniejsza odporność wobec wnikania, wylęgania i bujania prątków gruźliczych. Sumy przekazywanych dziedzicznie przez rodziców korzystnych lub niekorzystnych właściwości nie mogą zwiększyć lub zmienić zewnętrzne wpływy podczas indywidualnego życia rodziców. Konstytucyi ludzkości nie zmieniają zewnętrzne wpływy w krótkim przeciągu czasu, jaki ludzie obejmują. To zasadnicze zapatrywanie, zastosowane przy ocenie lekarskich problemów dziedziczenia właściwości indywidualnie nabytych, wykazuje, że dotychczas niema żadnego dowodu na spostrzeżenia, wskazujące jakoby na dziedziczenie właściwości nabytych indywidualnie. Co się natomiast tyczy tych właściwości indywidualnych, których powstanie nie polega na bodźcach i które nie powstały w ciele (somatogen), to te, jak naprzykład hemofilia — są dziedzicznemi, a dla dowodu ich dziedziczności nie potrzeba się wcale uciekać aż do wykazywania statystycznego względnie genealogicznego, bo dla nich nie istnieje wogóle inne źródło powstania, jak dziedziczność. Pojęcie zatem obciążenia dziedzicznego jest znacznie szerszem, aniżeli zwykle przyjmujemy, ale też równocześnie znacznie ściślejszem. Zasadniczym błędem przy zwykłych lekarskich rozpatrywaniach dziedziczności i wywodach statystycznych jest posługiwania się pojęciem »rodzinny«, biologicznie zupełnie bezwartościowem. Bo rodzina w pojęciu biologicznem obejmuje tylko rodziców i dzieci, a badanie właściwości rodzinnych uwzględnia tylko bardzo małą część ascendencyi ogólnej. Drzewa genealogiczne rodzinne przedstawiają tylko materyał surowy statystyczny, ale nie dopuszczają same przez się do wyciągania żadnych biologicznych wniosków. *Dr M. Blassberg.*

Prof. Grober. **Doświadczenia ze środkami zastępczemi naparstnicy.** (*Med. Klinik* Nr 31). Oddawna okazuje się dążność do zastąpienia surogatu naparstnicy, o tak różnym składzie ze względu na porę zbioru, preparatami czystemi ew. z naparstnicy uzyskanemi. W ostatnich czasach podano ich kilka. Zwłaszcza zyskał sobie uznanie *digalen* 30‰ rozczyn digitoxyny, najważniejszego składnika naparstnicy. Środek ten rzeczywiście jest dobry, nie jest zbyt trującym i wygodny w użyciu, natomiast nie jest pozbawiony działania kumulatywnego i wcale nie działa szybciej jak naparstnica. Digalen podaje się wewnętrznie lub gdy chodzi o szybkie działanie śródżylnie. Śródmięśniowo stosowany wywołuje ropnie. Preparat angielski *digitalone* nie jest dobrym, natomiast polecenia godnym jest *digipuratum* (w tabletkach po 0,1). Podaje się go do 0,5 dziennie do 1—2 grm razem (zawierać ma wszystkie składniki naparstnicy). W przypadkach nagłych zapadów serca np. w ostrych chorobach zakaźnych niezłe usługi oddaje *strophantin* Böhringera wstrzykiwany śródżylnie, działa ono nadzwyczaj szybko. Nieco podobnie działa też adrenalina zwłaszcza w zapadach ma korzystne działane. W końcu wspomnieć też należy o jednym środku nasercowym, mianowicie chlorku baru. Stosuje się go zwłaszcza u ludzi, którzy tak na działanie naparstnicy, jak i strophantu, są zupełnie odporni, lub też do tych preparatów już się przyzwyczaili. Podaje się go z 1% rozczynu 3 razy dziennie 3—4 gm. Mimo wad, jakie ma surogat naparstnicy, pozostanie on jednak i nadal w naszej skarbnicy leczniczej, albowiem zawiera on w sobie prócz głównych działających środków, także inne, które w połączeniu naturalnem działają nadzwyczaj korzystnie na serce. *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie dnia 19. maja 1909.

Przewodniczący kol. K. Jasiński. Sekretarz: E. Sonnenberg.

1. Na początku posiedzenia przewodniczący kol. K. Jasiński w dłuższem przemówieniu wspomniał o stracie, którą poniosło Towarzystwo lekarskie łódzkie przez śmierć przedwczesną kolegi Józefa Sachsa, jednego z najczynniejszych członków Towarzystwa. Przewodniczący w przemówieniu swem podkreślił niezwykłą pracowitość zmarłego kolegi i jego zamiłowanie do obranej przezeń dziedziny nauki. Kol. Jasiński wspomniał o wzorowo przez kol. Sachsa prowadzonym przytułku dla położnic w szpitalu Poznańskich, w którym kol. S. dokonał szeregu poważnych zabiegów chirurgiczno-ginekologicznych, które zwróciły nań uwagę świata lekarskiego warszawskiego. Dalej kol. Jasiński podniósł zalety zmarłego kolegi, jego prawy charakter i umysł krytyczny łatwo się oryentujący.

Po przemówieniu przewodniczącego sekretarz kol. Sonnenberg przeczytał tytuły 22 drukiem ogłoszonych prac kol. Sachsa, przeważnie z dziedziny ginekologii i położnictwa, poczem obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2. Kol. Perlis przedstawił 66-letniego mężczyznę, który ma od 9 tygodni bole bardzo silne w okolicy prawego stawu barkowego. Staw zaczął bardzo szybko się powiększać. Obecnie okolica stawu przedstawia się w postaci wrzeciona wielkości dużego ananasa. Skóra nad stawem niezmieniona. W głębi wyraźne chełbotanie, zarówno w przedniej, jak i tylnej powierzchni stawu. Próbne nakłucie wykazuje obecność znacznej ilości czystej krwi. Rozpoznanie: mięsak (*cystosarcoma*).

3. Kol. Klozenberg przeczytał rzecz p. t.: **Przyczynek do kazuistyki guzów przysadki mózgowej.**

Podawszy ogólną symptomatologię guzów przysadki: bole głowy, zmiany psychiczne, zaburzenia wzrokowe (hemianopsia bitemporalis, jedno- lub obustronna amblyopia lub amauroza, jednostr. amauroza z hemianop. temp. drugiego oka, akromegalie lub degener. adiposogenitalis), zaznacza, że postępy dyagnostyki radiologicznej znacznie się przyczyniły do ułatwienia rozpoznawania tychże guzów i zmiany konturów siodła tureckiego, pozwalają oryentować się nietylko co do samego charakteru cierpienia, lecz i co do stosunku grup do sąsiednich części. Ten ostatni wzgląd ma duże znaczenie przy stawianiu wskazań do leczenia operacyjnego, do którego nadają się głównie przypadki, w których przypuścić można, że nowotwór rośnie ku dołowi. Leczenie chirurgiczne guzów przysadki mózgowej jest zdobyczą najnowszej chirurgii, szczególniej przez szkołę wiedeńską opracowaną. Tu następuje rozbiór metod operacyjnych — zewnątrz- i wewnątrzczaszkowej, wraz z opisem przypadków operowanych. W ostatnich czasach utrzymuje się zewnątrzczaszkowa metoda (Schloffer, Eiselsberg, Hochenegg). Chora przedstawiona przez prelegenta, 38 l., akromegaliczka, oprócz typowych objawów akromegalii, miewała coraz silniejsze bole głowy, amenorrhoea od lat 10, na prawe oko nie widzi zupełnie, na lewem hemian. temporalis ze znacznem osłabieniem siły wzroku, zanikiem nn. wzrokowych, atrophia simplex, zmianami uwłosienia typu męzkiego. Badanie radiologiczne (kol. Judt) wykazało powiększenie i rozszerzenie siodła tureckiego w czwórnasób. Postępujący charakter zmian wzrokowych wraz z wynikami badania radiologicznego, uzasadniły przypuszczenie nowotworowego pochodzenia. Chora skierowana do Prof. Hochenegga, operowana została w grudniu r. z. Operacyi dokonano drogą nosa, usunięto część guza, który okazał się gruczolakiem złośliwym. Przebieg pooperacyjny nagół dosyć gładki; natychmiastowe ulżenie bolów głowy; wkrótce dało się zauważyć na tyle kiści rąk fałdowanie dawniej napiętej skóry; zmniejszenie wyczuw. obwod. części kończyn stale postępujące; również zaczął się wyczuwać przedtem zupełnie niewyczuwalny zrazik środkowy gruczołu tarczowego. Poprawa wzroku dotychczas nie nastąpiła, również nie wróciła miesiączka. Wynik operacyi w tym, jak i w poprzednim przez Hochenegga operowanym przypadku akromegalii są przyczynkiem bardzo ważnym do kwestyi patogenezy akromegalii. Operacya w tym przypadku równa się eksperymentom. Wyliczywszy dawne teorye w tym względzie zatrzymuje się nad »hypophysarme« teoryą Pierro Marie, upatrującą przyczynę akromegalii w zmianach w przysadce. Biorąc pod uwagę hyperplastyczny charakter nowotworu (tak zwykły w guzach przysadki) i wynik pooperacyjny, należy uznać hyperfunkcyę przysadki za wybitny moment etyologiczny. Nie sama jednak przysadka zdaje się tu odgrywać rolę: zaburzenie płciowe (zanik narządów płciowych), przerost gruczołu tarczowego (po operacyi w danym przypadku, wolo od początku cierpienia w przypadku Hochenegga, w związku z powiększeniem przysadki i obserwowanemi zmianami psychicznemi u kobiet ciężarnych, kastrowanych zwierząt, skopców, nasuwają przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z zaburzeniami wewnętrznej gruczołów tarczowego, płciowych i przysadki, a może i grasicy i naruszenie równowagi w tej sekrecyi w zależności od pod- lub nadczynności, wywołuje te lub inne zmiany troficzne.

W dyskusyi nad powyższym odczytem wzięli udział koledzy: Przedborski, Perlis, Helman, Pański i Grabowski.

Kol. Przedborski, mówiąc o technice operacyi, polegającej na odchyleniu przedniej ściany zatoki czołowej, wyraża wątpliwość, czy stosowany zabieg jest tu odpowiednim, zdaniem bowiem kolegi P., operujący znajduje tu strop gardzieli, który przedstawia grubą warstwę kostną.

Kol. Perlis zwraca uwagę na to, że Loevy proponuje zamiast operowania przysadki drogą otwierania jamy nosowej inny zabieg, Pharyngotomiam suprahyoideam, który to rękoczyn daleko prędzej prowadzi do celu i nie pozostawia takiego zeszpecenia.

Kol. Helman również zwraca uwagę na proponowane przez Loevyego operowanie przysadki mózgowej drogą pharyngotomii. Zabieg ten stanowi daleko prostszy sposób dotarcia do stropu gardzieli, niż dotychczasowe zabiegi przez szerokie otwieranie jamy nosowej, które, pomijając zeszpecenia, kryją większe niebezpieczeństwo dla operowanego. Kol. H. wspomina o dwóch odmianach pharyngotomii, proponowanych przez Loevyego: Pharyngotomia subhyoidea (cięcie poziome pod kością gnykową) i Pharyngot. suprahyoidea, gdzie cięcie jest zrobione nad kością gnykową.

Kol. Grabowski zapytuje, czy kol. H. wspomniał o zmianach, zachodzących w przysadce przy obrzęku śluzowym.

Kol. Pański zastanawia się, czy warto wogóle, wobec nieznacznych wyników, jakie daje operowanie części przysadki mózgowej, stosować tak niebezpieczny zabieg i czy nie wystarczałoby tu stosowanie paljatywu, jakim jest trepanacya, która zmniejszy ciśnienie wewnątrzczaszkowe.

Kol. Klozenberg w odpowiedzi zaznacza: 1. koledze Przedborskiemu: że odchylenie przedniej ściany zatoki czołowej, która przy akromegalii jest rozszerzona, powiększa znacznie pole operacyjne. 2. Kolegom Perlisowi i Helmanowi prelegent odpowiada, że ostatniej pracy Loevyego w oryginale nie czytał, wie jednak o niej. Zresztą ani Loeve, ani nikt wogóle metody tej dotychczas na żywym nie stosował. 3. Koledze Grabowskiemu prelegent odpowiada, że zmiany w przysadce w obrzęku śluzowym były podawane. Zresztą o pokrewieństwie gruczołów: tarczowego i przysadki było wzmiankowane. 4. Koledze Pańskiemu: prelegent wątpi, czy paljatyw trepanacyi powstrzymałby postępowanie zaniku n. wzrokowego, sprawa bowiem jest tu zależną nie tyle od wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, ile od bezpośredniego ucisku nowotworu na chiasma.

W dalszym ciągu kol. przewodniczący zaznaczył, że na ręce jego złożona została prośba, podpisana przez kolegów: Pańskiego, Klozenberga, Justmana, Steinberga, Chodźkę, Sokołowskiego, Krzyżanowską, Sepnera i Kopcińskiego, pragnących utworzyć przy Tow. lek łódzkiem sekcyą neurologiczną.

W końcu posiedzenia kol. Perlis pokazał preparat **venae saphenae magnae**, wyłuszczonej u 22-letniego mężczyzny, cierpiącego na żylakowate rozszerzenie dolnej kończyny (prawej). Długość usuniętej żyły wynosi 33 cm. *E. Sonnenberg.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

IV. międzynarodowy kongres prasy lekarskiej, który obradował 27—28 sierpnia w Budapeszcie uchwalił założenie międzynarodowej komisyi dla zjazdów, dalej przytaczanie na końcu prac oryginalnych, krótkich streszczeń w kilku językach

europejskich, zwalczanie reklamy a raczej nadużywania prac do celów reklamy i t. p. Mimo spodziewanego licznego napływu członków, ze względu na ciekawe i ważne tematy, zebrało się zaledwo 30. *X.*

Rada honorowa związków lekarskich w Saksonii uznała pewnego lekarza winnym przekroczenia godności stanu za umieszczenie na tablicy domowej ogłoszenia: »Spezialarzt für Schilddrüsenerkrankungen sowie Entwickelungsstörungen und Gemütskrankheiten«. W motywach podano, że działy wymienione nie są wcale pokrewne, nie można specyalizować się do jednego organu, symptomów lub następstw danych chorób, gdyż pobudza to publiczność do stawiania u siebie rozpoznań i niepotrzebnie zwraca uwagę na powikłania lub następstwa pewnych chorób. *X.*

We Frankfurcie nad Menem grozi poważny konflikt pomiędzy lekarzami a kasami chorych. 31-go grudnia kończą się dotychczasowe umowy. Kasy żądają usunięcia interwencyi związków i chcą umowy zawierać z pojedynczymi lekarzami, a nadto granicę dochodu członka kasy chcą przesunąć na 3000 marek. Lekarze naturalnie nie zgadzają się na to, a ze swej strony żądają ponadto podwyższenia wynagrodzeń. *X.*

We Francyi toczy się walka między syndykatami lekarskiemi a towarzystwami ubezpieczeń od wypadków dla robotników, o wolny wybór lekarza. Właściwie ustawa z r. 1898 przyznała wolny wybór lekarza, lecz Towarzystwa w miarę czasu wprowadzały zwyczaj nasyłania swoich lekarzy zaufanych, celem leczenia chorych, przeciw czemu robotnicy nie reagowali. Obecnie zaś dążą z powrotem tak lekarze jak i robotnicy do przywrócenia wolnego wyboru lekarza. *X.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 12. IX. do 18. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych — † —), kokluszu 1 (—), płonicy 42 † 7 (6 † 4), odry 26 † 1 (—), duru brzusznego 16 † 1 (5), czerwonki 2 † 1 (—).

Dr Legeżyński.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. IX. do 18. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 2 (w tem obcych 6 † 2), krztuśca 1 (—), płonicy 7 † 2 (4 † 2), duru brzusznego 6 (4), cholery dziecięcej i swojskiej 8 † 7 (2 † 1), gorączki połogowej 1 † 1 (—), róży 2 (—), tężca 1 (—), wścieklizny 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

W sprawie reorganizacyi Najwyższej Rady Zdrowia.

Ustrój sanitarnych władz austryackich oddawna jest przedmiotem licznych utyskiwań. Organa sanitarne, postawione w hierarchii urzędowej na stosunkowo bardzo nizkim szczeblu, wynagradzane niedostatecznie, pozbawione są wszelkiej bezpośredniej egzekutywy; stąd też nie mają należytego wpływu i znaczenia, a co za tem idzie, także i sprawy zdrowia publicznego nie zwracają na siebie uwagi w stopniu należytym, w wielu przypadkach traktowane są zbyt lekko i daleko jeszcze do tego, aby zostały uznane za jedno z najważniejszych zadań społecznych, jak to się dzieje w innych państwach. Największem złem w organizacyi służby sanitarnej austryackiej jest brak centralnego urzędu, działającego do pewnego stopnia samodzielnie, a wyposażonego w należyte atrybucye i środki; agendy sanitarne są rozstrzelone w różnych ministerstwach wiedeńskich, a tylko część ich skupia się w departamencie sanitarnym ministerstwa spraw wewnętrznych, na którego czele postawiono... prawnika, referentowi fachowemu, lekarzowi, wyznaczając rolę drugorzędną. Naśladując we wszystkiem Niemcy, nie zdobył się jednak dotąd rząd austryacki nawet na to, aby za ich wzorem utworzyć centralny »Państwowy urząd zdrowia«. Jedyne zaś ciało, mogące w sprawach sanitarnych stanowić bezstronną fachową instancyę, Najwyższa Rada Zdrowia, od lat kilkudziesięciu nie reformowane, złożone ze zbyt szczupłej liczby członków, skazane na rolę organu czysto tylko doradczego, w znacznym stopniu skrępowane swą, niewątpliwie przestarzałą organizacyą, pozbawione było przytem dostatecznych środków dla wypełnienia coraz większych zadań, jakie nasuwa doba obecna.

Toteż z kół lekarskich coraz częściej i coraz usilniej odzywały się głosy, domagające się gruntownej reorganizacyi centralnych władz sanitarnych w Austryi, jeżeli już nie osobnego ministerstwa zdrowia publicznego. Nareszcie znalazły te żądania echo i w ciałach prawodawczych; Izba Panów uchwaliła niedawno wniosek swego członka, Prof. Ludwiga, wzywający rząd, aby przystąpił do reorganizacyi przedewszystkiem Najwyższej Rady Zdrowia, wyposażając ją w szerszy zakres działania i w odpowiednie wymaganiom doby obecnej środki, w osobne, pod kierunkiem Rady pozostające pracownie i t. p. Jak zwykle w Austryi, tak i tym razem wezwanie to ma odnieść skutek tylko połowiczny. Dobrze zwykle poinformowana »Allgemeine Wiener med. Zeitung« podała z początkiem lata wiadomość, że rząd gotuje się do reorganizacyi Najwyższej Rady Zdrowia, ale nie w tak rozległym zakresie, jak tego oczekiwano. Chociaż jednak nie wszystkie żądania, zawarte we wniosku Prof. Ludwiga, mają się spełnić, dobre i to, że się wreszcie spełni chociaż część ich jakaś.

Reorganizacya miała nastąpić jeszcze przed jesienią, a główną w niej rzeczą miały być dwa punkta, mianowicie rozszerzenie zakresu działania Najwyższej Rady Zdrowia i wyposażenie jej w lepsze środki z jednej strony, a podział na sekcye (odpowiadający coraz większej specyalizacyi spraw), przy równoczesnem pomnożeniu liczby członków Rady z drugiej strony. Grono plenarne Rady, złożone dotąd około z 20 osób, ma wzróść w dwójnasób.

Ta będąca już zapewne w toku, a po cichu dokonywana reorganizacya, wymaga bacznej uwagi i usilnych a niezwłocznych starań ze strony wszystkich czynników w kraju naszym, mogących wywrzeć wpływ na przebieg i wynik sprawy. Potrzeba bowiem, aby przy tem Galicya, w której warunki działalności sanitarnej są pod wielu względami odmienne, zdobyła w Najwyższej Radzie Zdrowia odpowiednie zastępstwo swoich interesów, potrzeba, aby w zreorganizowanej Radzie zasiadła dostateczna liczba członków, powołanych z naszego kraju i znających dokładnie krajowe stosunki. Rzecz jest tem ważniejsza, że przez długi szereg lat była Galicya pod tym względem jaskrawo pokrzywdzona i że właśnie obecnie, przy rozszerzeniu agend Najwyższej Rady Zdrowia, nie mało ważną będzie rzeczą, aby o nas nie rozstrzygano tam bez nas, coby się łatwo zdarzyć mogło przy podziale Rady na specyalne, w pewną samodzielność wyposażone sekcye, jeżelibyśmy nie uzyskali w każdej sekcyi należytego przedstawicielstwa dla Galicyi.

Aż do ostatnich czasów, dziesiątkami lat, nie było w Najwyższej Radzie Zdrowia ani jednego członka z Galicyi. Ś. p. Jordan, mianowany członkiem Rady przed laty kilku, był wogóle dopiero pierwszym w Radzie Polakiem. Obecnie ma wprawdzie kraj nasz w Radzie dwóch dzielnych przedstawicieli, ale te dwa miejsca, uzyskane nie bez usilnych starań ze strony wpływowych czynników w kraju, stanowią przy obecnym składzie Rady zaledwo $^1/_{10}$ część tego grona, a więc zaledwie część tego, co się Galicyi słusznie należy. Jeżeli zreorganizowana Rada ma liczyć około 40 członków, to żądanie, aby przynajmniej ośmiu z nich powołano z Galicyi, nie jest wcale wygórowane, tem więcej, że przy podziale Rady na sekcye wypadałoby wtedy w każdej sekcyi na przedstawicieli Galicyi zapewne zaledwo po 1—2 członków. Pewne sprawy zaś rozstrzygane być mają przez te sekcye bez odwołania się do pełnej Rady, a że są to sprawy, dla naszego kraju nietylko pod względem sanitarnym, ale nieraz i ekonomicznym pierwszorzędnej wagi, przekonało dowodnie doświadczenie lat ostatnich. Wystarczy wymienić sprawę projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Sprawa reorganizacyi Najwyższej Rady Zdrowia i pomnożenia jej członków jest dostatecznie dla kraju naszego i interesów naszej ludności ważna, aby zainteresować nietylko koła lekarskie, ale i tych, którzy przez swe naczelne w kraju stanowisko wywrzeć mogą pewien nacisk na władze centralne, jakoteż, by zainteresować szersze grono przedstawicieli kraju w Sejmie i Radzie państwa. Koła lekarskie spełniają swój obowiązek samem już poruszeniem tej sprawy, ale nie łudzą się, by same ją przeprowadzić i prawa kraju zawarować zdołały; o to zaapelować trzeba do tych, którzy są powołani stać na straży wszelkich interesów naszego społeczeństwa i którzy mają moc i środki, by skutecznie się nimi opiekować. *C.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Z wiarygodnego źródła otrzymujemy wiadomość, że Słowianie nie zostali dopuszczeni do udziału w stałej komisyi

międzynarodowych Zjazdów lekarskich, za sprawą głównego komitetu austryackiego.

— W dniu 12. sierpnia 1909 roku odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej, na którem między innemi przedmiotami obrad uchwalono w sprawie wniosku Izby czeskiej, zdążającego do tego, by lekarzom pomocniczym i sekundaryuszom przy publicznych szpitalach nie było dozwolonem przyjmowanie czyto stałych czyto pauszalowanych posad kasowych, odpowiedzieć, że nasza Izba zasadniczo na to się nie zgadza, możliwe jednak, że po wglądnięciu w motywa okaże się, że zdanie swe zmieni. — Sprawę Dra Z. i A., którym jako lekarzom więziennym odmówiono wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie uchwalono poruszyć na XIV. wiecu Izb lekarskich w Wiedniu, jako sprawę mającą znaczenie ogólne.

W dniu 13. września 1909 odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej. Na wezwanie c. k. Namiestnictwa o wydanie opinii w sprawie dyplomów lekarskich, po dyskusyi Wydział uchwalił odpowiedzieć, że Izba lekarska nie jest w możności udzielić opinii, w jaki sposób możnaby zapobiedz fałszowaniu dyplomów, gdyż rzeczą władz wydających dyplomy jest postarać się o to, by dyplomów nie fałszowano; w sprawie wydawania dyplomów poddanym obcych mocarstw, Wydział Izby proponuje, by tymże wydawano dyplomy różniące się od dyplomów wydawanych poddanym austryackim tak barwą jakoteż formą i klauzulą, co powinno zapobiedz odnośnym pomyłkom. Wreszcie Izba lek. proponuje, by Wysoki c. k. Rząd wydał zarządzenia, zmierzające do tego, by lekarz, który zamierza rozpocząć praktykę lekarską, był zobowiązany zgłosić się najprzód do Izby lekarskiej i przedłożyć jej dotyczące dokumenty, przyczem Izba zbada dokładnie jego upoważnienie do wykonywania praktyki. To dałoby się przeprowadzić w ten sposób, że władze polityczne I. instancyi tylko tym lekarzom pozwoliłyby na wykonywanie praktyki lekarskiej, którzy się wykażą dowodem, że Izba lekarska ich uprawnienie do wykonywania praktyki zbadała. — Przewodniczący zdawał sprawę z kilku przedmiotów, nad którymi tegoroczny wiec Izb lekarskich ma obradować. Są nimi: *a*) wniosek Izby szlązkiej, tyczący się oclenia środków tajnych i specyfików; *b*) wniosek Izby styryjskiej, tyczący się bojkotu pewnego lekarza kąpielowego przez kolegów; *c*) wniosek Izby styryjskiej, tyczący się stanowiska lekarzy wobec zamierzonej ustawy o ubezpieczeniu społecznem, wreszcie *d*) wniosek Izby styryjskiej w sprawie reformy ustawy sanitarnej z r. 1870. Ostateczne uchwały co do powyższych wniosków odłożono na czas późniejszy.

W kwestyi Zjazdu międzynarodowego lekarskiego w Budapeszcie i wiecu słowiańskich lekarzy w Wiedniu oraz wydarzeń na obu wiecach, wywiązała się dyskusya; wobec tego, że wiadomości o tych wypadkach pochodzą jedynie z krótkich wzmianek pism codziennych, Wydział Izby uchwalił wstrzymać się z zajęciem stanowiska wobec protestu i uchwał powziętych na wiecu lekarzy słowiańskich w Wiedniu, aż do czasu, kiedy delegat lekarzy polskich zda sprawę z dotyczących wydarzeń.

Przewodniczący podnosi myśl dobrowolnego opodatkowania się lekarzy na rzecz »Daru Grunwaldzkiego«. Po dyskusyi Wydział uchwalił, że Izba zgadza się w zasadzie na tę myśl, jednakże nie uważa się za instytucyę właściwą do przeprowadzenia tej akcyi, natomiast uchwalił zwrócić się do Towarzystwa lekarzy galicyjskich, jako skupiającego największą ilość lekarzy z propozycyą zainicyowania odnośnej akcyi.

Lwów. Z początkiem października b. r. przystąpi Izba lekarska wschodnio-galicyjska do rozdania reszty kwoty, przysłanej ze Związku Towarzystw lekarskich w sumie 1526 koron. Uprawnione do otrzymania zapomogi wdowy i sieroty po lekarzach, którzy mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wsch.-galic. zechcą wnieść najdalej do końca września b. r. należycie udokumentowane podania do Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11).

Warszawa. »Polski komitet badania i zwalczania raka« ogłasza konkurs z nagrodą 300 rb. za najlepszą oryginalną pracę naukową z zakresu: *a*) badań anatomiczno-patologicznych raka i innych nowotworów złośliwych; *b*) badań doświadczalnych nad szczepieniem raka i uodpornianiem zwierząt; *c*) badań wymiany materyi u chorych na raka; *d*) statystycznych opracowań przypadków raka w jednym ze szpitali pod względem klinicznym i sekcyjnym; *e*) badań nad leczeniem raka wogóle, oraz poszczególnych narządów. Prace w języku polskim, opatrzone godłem, powtórzonem na zapieczętowanej kopercie, zawierającej nazwisko i adres autora, nadsyłać należy najdalej do 1. marca 1910 pod adresem: »Komitet badania i zwalczania raka. Warszawa, Towarzystwo higieniczne, Krakowskie Przedmieście 66«. Nagrodzona praca, pozostając własnością autora, powinna być niezwłocznie oddana do druku do jednego z polskich czasopism lekarskich. Sąd konkursowy składają: Dr J. Jaworski, Fr. Kijewski, Prof. Przewoski, M. Rejchman i S. Serkowski.

Z różnych stron. Izba lekarska wiedeńska uchwaliła, na wniosek Dra Grüna, prosić Rząd, by przy zamierzonem pomnażaniu liczby członków Najwyższej Rady Zdrowia wezwać do tej instytucyi czterech lekarzy-praktyków, z pomiędzy których jeden byłby lekarzem kasy chorych. Sprawa ta będzie poruszona także na Zjeździe Izb lekarskich.

— »Brit. med. Journal« z 4. b. m. wykazuje, że w Anglii (z wyjątkiem Szkocyi i Irlandyi) liczba lekarzy wynosi 25092, czyli że jeden lekarz przypada na 1407 mieszkańców. Nadmiar ten lekarzy wytworzył niezdrową konkurencyę pod formą zmniejszenia się honoraryów. Te motywa skłaniają Brit. Med. Association do przestrogi dla młodzieży, by zbyt licznie nie garnęła się do studyów lekarskich.

— W Roterdamie wybuchła cholera, zawleczona prawdopodobnie okrętem.

— Międzynarodowy kongres w Peszcie rozdał nagrodę Paryża Drowi Bordetowi z Gent, nagrodę Moskwy Prof. Hertwigowi, nagrodę otologiczną Prof. Neumannowi z Wiednia i Greyowi z Glasgowa. Nagrody węgierskiej za najlepszą pracę o jaglicy w kwocie 1000 koron nie rozdano z braku pracy, któraby zaznaczyła wybitniejszy postęp w badaniu tej choroby.

Mianowani: Dr Nebesky habilitował się w Insbruku do położnictwa i ginekologii.

Dr Alessandrini profesorem patologii zewnętrznej w Rzymie.

Dr Pietrzykowski profesorem chirurgii w Pradze na uniwersytecie niemieckim.

Dr Glas habilitował się w Wiedniu do laryngologii.

Zmarli: Prof. Dr Jaffé prymaryusz oddziału chirurgicznego w szpitalu miejskim w Poznaniu.

Dr Hansen profesor anatomii w Kopenchadze.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie od 2—23. grudnia 1909.

Wyjaśnień udzielają i zgłoszenia przyjmują Prof Ciechanowski (Wielopole 4), Prof. Dobrowolski (Podwale 2), i Prof. Krzyształowicz (Basztowa 6).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26. listopada do 2. grudnia 1909.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dnie powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się we środę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakteryj chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegorzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Nowak wspólnie z asystentem Dr Szymanowskim: Praktyczny kurs bakteryologii. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Mięsowicz: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej (Kopernika 15) w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej (Kopernika 15). 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mające. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz wspólnie z asystentem Dr Landauem: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5—6 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8—10 rano. Czesne 20 kor. Najmniej 5 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem Dr Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5—7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i sifilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od $8^1/_2$ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 15 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami Dr Cetnarowskim, Przybylskim i Schlankiem: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Prof. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9.	Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10.	Dermatologie i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzysztalowicz) codziennie prócz poniedziałków Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz. Chirurgia (Prof. Rutkowski) codz. prócz sobót.
9—10.	Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11.	Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.
10—11.	Położnictwo (Prof. Dobrowolski) codz
10—12.	Pedyatrya (Prof. Lewkowicz). Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—1.	Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki.
12—1.	Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona.	Medycyna wewn. (Doc. Mięsowicz, Doc. Latkowski) 4 godz. tyg.
3—5.	Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
4—5.	Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6.	Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6.	Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid) codz.
4—5.	Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
5—7.	Badania laryngol. (Prof. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—8.	Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) wtorki, czwartki
Pora popołudn. na razie nie oznaczona.	Wziernikowanie oka.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8·50 z przesyłką pocztową Rbs. 9. 184

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

HUNYADI JÁNOS

GORZKA WODA NATURALNA

NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY

ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Tannismut Dwugarbnik bismutu. Bardzo skuteczny, wygodny do zażywania, tani lek ściągający jelita. Łączy działanie bismutu i tanniny.

Gastrosan Dwusalicylan bismutu. Znakomite działanie przy nieprawidłowych objawach fermentacyi i gnicia w przewodzie pokarmowym z ich następstwami, przy dolegliwościach wskutek nadmiernego wydzielania i przy nieżytach błony śluzowej żołądka i jelit.

Unguentum Heyden Do dyskretnych wcierek rtęci; nadaje się szczególniej dla kobiet, dzieci i do peryodycznego leczenia się. Nie barwi skóry ani bielizny. Dawka dzienna 6 g

Ichthynat, ammonium ichthynatum Heyden, z tyrolskiego węgla rybnego, o wiele tańszy od ichtyolu.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie. 2 c

(Prosi się przy zamówieniu podać Nr 24 G. ogłoszenia).

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

Zanim Pan poczynisz kroki o uzyskanie pożyczki osobistej hipotecznej lub realnej proszę żądać prospektu bezpłatnie MELLER L. EGYED Budapest IX. Lónyai-ulica 7 Telef. międzymiast. 46—81. 234

KRAKÓW, UL. ZYBLIKIEWICZA 9. — TEL. 796.

MECHANOLECZNICZY

ZAKŁAD ZANDEROWSKI

(JEDYNY TEGO RODZAJU W KRAJU).

LECZNICA CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNA.

Oryginalne aparaty Zandera. — Gimnastyka lecznicza. — Wyrób gorsetów, pasów brzusznych, sztucznych kończyn i t. d. Leczenie gorącem powietrzem. — Mięsienie. — Elektryzowanie.

APARAT ROENTGENA. — SALA OPERACYJNA.

POKOJE DLA CHORYCH. 125

ZAKŁAD OTWARTY od 9—1-ej i od 4—6-ej.

Dr MERZ. Dr STASZEWSKI. Dr WACHTEL.

Pomiędzy wszystkimi niezliczonymi, w handlu znajdującymi się środkami przeczyszczającymi żaden chyba nie został tak łatwo i szybko wprowadzony, jak



KALIFORNIJSKI

SYRUP FIGOWY „CALIFIG“

(nazwa prawnie strzeżona)

który przez swą nieszkodliwość, pewne i łagodne działanie może być panom lekarzom jako ulubiony także w praktyce kobiecej i dziecięcej

przyjemny środek przeczyszczający

polecany. Sposób użycia przy każdej flaszce. 235 a

Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Kor. 3. — za 1/1 fl., Kor. 2. — za 1/2 fl.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Próbki dla lekarzy bezpłatnie i opłatnie.

PEPSYNA ACIDOLOWA

zupełnie stała, znakomicie działająca.

Przetwory kwasu solnego z pepsyną.

Siła I. i II.

Karton z 50 pastylkami po 0·5 gr.

BROMLECITHIN

zastępuje przetwory żelaziste przy niedokrewności.

Dawka: dziennie 2×3 pigułki.

Flaszki z 50 i 100 pigułkami po 0, 1 gr. bromlecithin. 9 c

BOROVERTIN
środek odkażający mocz.

TANOCOL
środek ściągający jelitowy.

BROMOCOLL
środek przeciw padaczce.

PERUOL
środek przeciw świerzbowi.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation Pharmac. Abteilg. Berlin S. O. 36.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo - hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynaminu tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal. za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^{1}/_{4}$ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała nacierać się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.



MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i **próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.**